

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N° 134

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Édouard KILIDJIAN

Né le 19 janvier 1909, Le Caire (Egypte)

PROPHYLAXIE MÉDICO-SOCIALE
DES
TOXICOMANIES

Président : M. L. TANON, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE ET C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1935

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Edouard KILIDJIAN

Né le 19 janvier 1909, Le Caire (Egypte)

PROPHYLAXIE MÉDICO-SOCIALE
DES
TOXICOMANIES

Président : M. L. TANON, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE ET C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1935

DOYEN... G. ROUSSY

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	R. DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	FANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
	BEZANÇON.
Clinique médicale	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	PROUST.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAÎTRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.
Clinique de la tuberculose	N.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGREGÉS EN EXERCICE

MM.

BÉNARD (H.) .. Pathologie médicale.
 BERNARD (E.).. Pathologie médicale.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES.. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBÉ (Henri).. Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL .. Obstétrique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY ... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHET Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÈNÈQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale

III. — AGREGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 ZIMMERN Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ABRAMI.	}	BASSET.	}
ALAJOUANINE.		BROCQ.	
AUBERTIN.		CADENAT.	
BRULÉ.		GATELLIER.	
CHABROL.		HEITZ-BOYER.	
CHIRAY.		MOCQUOT.	
DONZELOT.		MOURE.	
DUVOIR.		QUÉNU.	
HARVIER.		SCHWARTZ.	
LIAN.		VELTER.	
VALLERY-RADOT			
(Pasteur).			
SÉZARY.			

Clinique médicale.

Clinique chirurgicale.

MM.	
ÉCALLE	}
GUÉNIOT.	
LE LORIER.	
LÉVY-SOLAL.	
METZGER.	

Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé ...	Éducation physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A SON EXCELLENCE T. W. RUSSELL LEWA

Commandant de la Police du Caire
Directeur du Bureau Central d'Informations des Narcotiques
Délégué de l'Egypte à la Commission de l'opium

*Grâce à son action énergique et éclairée,
l'Egypte voit s'éloigner d'Elle le péril
toxique.*

AU BUREAU DE LA SOCIÉTÉ DES NATIONS
A PARIS

*A qui nous devons une documentation
complète sur l'activité incessante de la
Commission de l'Opium. Nous lui en expri-
mons toute notre gratitude.*

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

*La droiture de sa vie servira toujours
d'exemple à ma carrière, faite de sa pré-
voyance.*

A LA MÉMOIRE DE MON BEAU-FRÈRE

A MA MÈRE

*En hommage d'amour filial, que de
longues absences n'éprouveront plus.*

A MES SŒURS

*Une grande affection nous unit qui sera
toujours égale à elle-même.*

A MES FRÈRES

A MON BEAU-FRÈRE

A MES NEVEUX ET NIÈCE

A TOUS LES MIENS

A MA FIANCÉE

*Sa tendre pensée a été mon soutien de
chaque jour. Je lui dédie affectueusement
ce modeste travail.*

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR TANON

Professeur d'Hygiène à la Faculté de Médecine de Paris
Conseiller technique du Ministre de la Santé Publique
Officier de la Légion d'honneur

*Qui nous a fait le grand honneur d'ac-
cepter la présidence de cette thèse.*

A NOTRE JURY DE THÈSE

A M. LE DOCTEUR PH. NAVARRE

Sous-Directeur de l'Institut d'Hygiène
Professeur à l'Ecole de Médecine de Caen
Chevalier de la Légion d'honneur

*Qui nous a guidé de ses conseils, et à
qui nous devons le meilleur de notre travail.
Nous lui exprimons notre vive reconnais-
sance.*

A TOUS MES AMIS

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

M. LE PROFESSEUR P. DUVAL
M. LE PROFESSEUR CARNOT
M. LE DOCTEUR LAUNAY
M. LE DOCTEUR DUFOUR
M. LE PROFESSEUR LEREBoullet
M. LE DOCTEUR LOUIS RAMOND
M. LE PROFESSEUR GOUGEROT
M. LE PROFESSEUR GUILLAIN
M. LE PROFESSEUR LEMIERRE
M. LE DOCTEUR DEVRAIGNE
M. LE PROFESSEUR LEMAITRE
M. LE PROFESSEUR TERRIEN
M. LE PROFESSEUR MARION
M. LE PROFESSEUR H. CLAUDE

A TOUS MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ

PROPHYLAXIE MÉDICO-SOCIALE

DES

TOXICOMANIES

AVANT-PROPOS

Le péril toxique existe.

On lutte à Genève contre les stupéfiants. Des conventions internationales (1925 et 1931) ont été conclues.

A l'intérieur des pays qui y ont adhéré, de nouvelles jurisprudences ont renforcé celles qui étaient insuffisantes : les ravages des stupéfiants les justifient. Mais le péril demeure. Pourquoi ?

Il nous a semblé utile de faire le point, en toute objectivité, de la situation mondiale à l'égard des stupéfiants. De nouveaux toxiques ont allongé la liste, qu'on ne peut séparer des autres. Nous étudierons d'abord dans l'ensemble, cette classe de narcotiques sociaux, sous leur jour le plus récent, à l'appui des dernières statistiques.

C'est l'honneur de la médecine d'avoir démontré que les toxicomanes se recrutent dans des conditions définies ; le deuxième chapitre sera consacré à leur analyse.

L'étude des manifestations des toxicomanies étant

acquise, nous ne les aborderons que pour en souligner les dangers, apportant, dès ce troisième chapitre, une modeste contribution à l'œuvre que nous nous proposons. Dangers tellement réels qu'il semble définitivement établi qu'il vaut mieux prévenir la toxicomanie que la guérir ; car quiconque a goûté de la drogue, y retourne. Il importe de pratiquer, sur une vaste échelle, l'éducation prophylactique, et quand le cas se présente, en pénétrant dans le cercle des toxicomanes.

Le rôle du médecin sera, à cet effet, étudié et précisé. La dernière partie du quatrième chapitre sera consacrée au traitement de la toxicomanie envisagé en tant que prophylaxie d'enrayement.

Enfin, nous insisterons sur l'œuvre accomplie par ceux qui ont la délicate mission de nous protéger contre un péril réel ; nous réserverons, dans ce cinquième et dernier chapitre, un paragraphe spécial à une prophylaxie sociale, inédite, compréhensive, efficace, pratiquée dans certains pays, et dont il semble que la généralisation doive dans une large mesure, aider l'appareil des Conventions et des Jurisprudences. Nous nous maintiendrons dans le point de vue médical, sans aborder le problème politique dans lequel tant d'intérêts se sont heurtés et dans lequel aussi le professeur Perrot a dignement représenté la France.

CHAPITRE PREMIER

L'appellation « Drogues nuisibles », substituée à l'ancienne « Stupéfiants » répond à la réalité du péril toxique. Car il convient de considérer comme telles non seulement les substances engendrant la toxicomanie, mais encore celles qui n'entrant pas elles-mêmes dans cette catégorie, peuvent être transformées en de telles substances. Etant donnée l'étroite affinité chimique de toutes les substances qui entrent ici en ligne de compte, il convient de ne jamais exclure en théorie la possibilité d'une telle transformation. Elle a d'ailleurs été fréquemment réalisée dans la pratique. L'exemple le plus connu nous est fourni par la codéine et la thébaïne qui, inoffensives elles-mêmes, peuvent être transformées respectivement en héroïne ou eucodal, substances susceptibles de provoquer la toxicomanie. Il en est de même pour la benzyl-morphine, la dionine et d'autres substances encore.

Doivent être considérées comme drogues nuisibles :

L'opium ; la morphine ; la diacétyl morphine ou

héroïne ; la méthyl morphine ou codéine ; l'éthyl morphine ou dionine ; la dihydrooxycodéinone ou eucodal ; la dihydrocodéinone ou dicodide ; la dihydromorphinone ou dilaudide ; l'acétylo dihydrocodéinone ou acédicone ; la dihydro morphine ; la benzylmorphine ou péronine ; la N. oxymorphine ou génomorphine ; la thébaïne ; et leurs sels et préparations.

L'ecgonine et ses sels et préparations ;
la cocaïne et ses sels et préparations ;
le chanvre indien, sous toutes ses formes, et ses préparations galéniques.

La situation actuelle à l'égard de ces drogues, comparée à la situation antérieure à la Convention de Genève du 13 juillet 1931, pour la limitation et la réglementation de la distribution des stupéfiants, ressort clairement de la confrontation des besoins légitimes mondiaux, d'une part, du trafic illicite des drogues nuisibles, d'autre part.

Les principaux pays producteurs d'opium brut, dont la production annuelle est déclarée sont : l'Inde, la Perse, la Turquie, l'U. R. S. S., le Japon, la Corée. Viennent ensuite : la Grèce, la Hongrie, la Bulgarie.

Un premier fait attire l'attention : alors que la production mondiale de l'opium, sans la Chine, peut être évaluée à environ 1385 tonnes (à 90° de consistance) la production totale de la Chine a été évaluée en 1930 à 12.000 tonnes : estimation d'autant plus modeste que la production s'est considérablement

accrue au cours de ces dernières années ; la production de la Chine équivaldrait ainsi à sept fois au moins, le total de la production du reste du monde.

On a, d'autre part, signalé l'accroissement de la production de l'opium brut en Bulgarie, qui serait passée de 4.000 kgr. en 1932, à 45.000 kgr. en 1933, et serait évaluée à 65.000 kgr. pour 1934.

Or, les besoins mondiaux en morphine et en diacétylmorphine principalement, dont la fabrication se fait à partir de l'opium, ne justifient pas une si vaste production. Voici dans quelles proportions s'est faite la transformation de l'opium, au cours des cinq dernières années.

Année	Fabrication totale en kgr.	Utilisée pour la fabrication de la diacé- tyl-morphine en kgr.	Morphine utilisée pour la fabrication de substances non visées par la Con- vention en kgr.	Morphine restant comme telle en kgr.	Diacétyl- morphine Fabrication totale en kgr.
1929 ..	55.511	2.843	38.893	13.548	3.621
1930 ..	34.501	3.367	21.665	9.285	3.971
1931 ..	30.457	1.005	21.002	8.400	1.249
1932 ..	27.607	1.093	19.007	7.449	1.315
1933 ..	30.788	1.195	19.751	9.767	1.347

Pour les années 1931 et 1932, la même conclusion peut être tirée, à savoir que les quantités licitement fabriquées se sont rapprochées des quantités nécessaires pour les besoins légitimes de la consommation mondiale. Si, à présent, l'on compare les chiffres de 1933 à ceux de 1932, on constate :

	En kgr.	Pourcentage des augmentations
— une augmentation de la fabrication totale de la morphine de	3.181	11,52
— une augmentation de la quantité de morphine non transformée.....	2.318	31,12
— une augmentation de la quantité de morphine transformée en substances non visées par la Convention	744	3,91
— une augmentation de la fabrication de la diacétylmorphine	32	2,43

L'augmentation est très élevée non seulement pour la fabrication totale de la morphine, mais aussi pour la morphine restant comme telle.

Ceci concerne uniquement la fabrication licite. Or, en Bulgarie, la fabrication illicite de l'héroïne serait considérable. Ce pays aurait importé pour la fabrication de l'héroïne : 70 kgr. d'anhydride acétique en 1931, 3.500 kgr. en 1932, 6.000 kgr. en 1933. Ces quantités suffiraient pour produire respectivement 35 à 70 kgr. d'héroïne en 1931 ; 1.750 à 3.000 kgr. en 1932 ; 3.000 à 6.000 kgr. en 1933, c'est-à-dire finalement de deux à quatre fois les besoins légitimes du monde entier, évalués à 1.500 kgr. par an. La Bulgarie tâche d'ailleurs de pourvoir à cette situation dangereuse non seulement pour elle, mais pour les autres pays : aux termes d'une circulaire en date du 5 juin 1934, l'importation d'anhydride acétique est interdite en Bulgarie.

Un avantage certain a pu néanmoins être recueilli des efforts faits depuis 1931 : la fabrication de la

morphine s'est étendue à de nouveaux pays fabricants. L'établissement de fabriques dans de nouveaux pays est naturellement tout à fait légitime, et, quand la production est destinée uniquement aux besoins intérieurs, il peut en résulter une simplification du contrôle international, et partant, on marque un point dans la lutte contre le trafic illicite (1).

Les principaux pays cultivant les feuilles de coca sont : les Indes Néerlandaises, Formose, la Bolivie, le Japon et le Pérou. La récolte mondiale a baissé de 600 tonnes environ en 1928, à 300 tonnes en 1933, mais dans ce dernier chiffre n'est pas comprise la Bolivie. Il est à prévoir que les quantités de 1934 seront en diminution sur celles de 1933.

Pour ce qui est de la cocaïne fabriquée, on assiste à une diminution progressive de 1929 à 1932 ; en 1933, l'on peut constater une légère augmentation de l'ordre de 1,06 (1929, 5.699 kgr. ; 1930, 4.718 kgr. ; 1931, 4.612 kgr. ; 1932, 3.968 kgr. ; 1933, 4.010 kgr.). Ce dernier chiffre correspond aux besoins mondiaux, mais alors, pourquoi cette forte disproportion entre les quantités cultivées, et les quantités fabriquées dans le commerce légitime ? N'est-on pas en droit de penser que tout le reste alimente le trafic illicite ?

1. Les principaux pays dans lesquels se font conjointement la fabrication de la morphine, de la diacétylmorphine et de la cocaïne sont : Allemagne, Royaume-Uni, France, Italie, Pays-Bas, Suisse, U. R. S. S., Etats-Unis, Inde, Japon, Corée, auxquels sont venus s'ajouter de nouveaux pays fabricants : Belgique, Bulgarie, Hongrie, Norvège, Pologne, Suède, Tchécoslovaquie, et le Territoire à bail du Kouan-Toung.

La répartition du chanvre indien dans le monde est la suivante ; les quantités suivantes ont été exportées en 1932 et 1933 :

	1932 en kgr.	1933 en kgr.
Allemagne.....	602	1.033
France	1	109
Royaume-Uni	189	33
Suisse	—	624
Inde	2.195	6.461
— Résine de chanvre indien	3	8

PRÉPARATIONS GALÉNIQUES.

	1932 en kgr.	1933 en kgr.
Allemagne.....	162	89
France	5	8
Pays-Bas	10	—
Royaume-Uni	62	86
Japon	—	1

C'est surtout par les saisies opérées dans les divers pays du monde que l'on peut se faire une idée du péril toxique.

Les totaux des saisies signalées comme ayant été effectuées en 1932 et 1933 à la suite d'importations ou exportations illicites, sont pour les deux années :

	1932 en kgr.	1933 en kgr.
Opium brut	13.222	15.524
Opium médicinal	—	17
Opium sous forme de préparations	—	169
Morphine	95	163
Diacétylmorphine	162	108
Cocaïne	77	92
Chanvre indien	9.659	1.928
Résine de chanvre indien	1.639	4.041

Les tableaux suivants permettent d'établir une comparaison entre les saisies d'opium relativement importantes signalées pour 1933 et celles de 1932.

OPIMUM BRUT SAISI A LA SUITE D'IMPORTATIONS ILLEGITES.

	1933 en kgr.	1932 en kgr.
<i>Pays :</i>		
France	3.427	1.191
U. R. S. S.	2.448	4.734
Hong-Kong	2.054	1.231
Inde	1.088	1.235
Kouan-Toung.....	881	204
Indes Néerlandaises	534	280
Etablissements du Détroit	421	222
Chine	339	133
Egypte	276	1.034
Siam	252	138
Etats-Unis d'Amérique.....	129	165
Macao	129	—
Pays-Bas	102	64
Formose	56	143

OPIMUM BRUT SAISI A LA SUITE D'EXPORTATIONS ILLEGITES.

Chine	2.003	—
U. R. S. S.	921	831
Inde	80	114
Corée	30	598
Kouan-Toung.....	2	100

Les chiffres des tableaux ci-dessus montrent que les quantités d'opium brut saisies dans les divers pays à la suite d'importations ou exportations illicites, en 1933, ont été, sauf quelques exceptions, plus importantes que celles de l'année précédente.

Pour les principales drogues manufacturées, une augmentation des quantités de morphine et de cocaïne saisies, a été signalée en 1933, tandis que la quantité de diacétylmorphine saisie en 1933 a diminué. C'est aux Etats-Unis d'Amérique qu'on a signalé la plus forte saisie de morphine (70 kgr.) ; la Turquie, la Chine, la Bulgarie, et le territoire à bail du Kouan-Toung ont signalé respectivement les chiffres suivants : 28 kgr., 24 kgr., 13 kgr. et 13 kgr. Les saisies de diacétylmorphine figuraient principalement dans les rapports de la Chine (63 kgr.) et des Etats-Unis d'Amérique (30 kgr.) ; celles de cocaïne, dans les rapports de la Chine (32 kgr.), de la France (24 kgr.) et de l'Inde (18 kgr.).

Il y a peut-être intérêt à noter que, pour la première fois depuis 1930, les relevés indiquent des quantités de morphine saisies à la suite de tentatives d'exportation illicite, à savoir : 28 kgr. en Turquie, 13 kgr. en Bulgarie, 10 kgr. dans le territoire à bail du Kouan-Toung et 2 kgr. en Chine.

De même que pour les années précédentes, c'est d'Egypte qu'on a signalé la plus forte saisie de chanvre indien (1302 kgr. sur le total de 1928 kgr.) L'Inde et les Etablissements du Détroit ont également signalé des saisies de cette substance. Quant à la résine du chanvre indien, c'est l'U. R. S. S. qui a signalé la plus forte quantité saisie (1891 kgr.). L'Inde a signalé 886 kgr. et la Grèce 588 kgr.

A l'exception des saisies de diacétylmorphine et de chanvre indien, qui ont été sensiblement plus faibles

en 1933, les stupéfiants ont été saisis en quantités beaucoup plus importantes qu'en 1932. Cet accroissement est dû peut-être au renforcement du contrôle exercé par les autorités nationales ; il n'en attire pas moins l'attention sur un péril réel qu'il nous faut démontrer, et auquel nous tâcherons de parer.

CHAPITRE II

On a donné comme causes de la toxicomanie : les déceptions sentimentales ; les causes chroniques ; les résultats d'une propagande due à une sorte de mode. Il y aurait un snobisme de la toxicomanie, comme il existerait des clubs de toxicomanes.

S'agit-il d'une perversion instinctive ? Les psychiâtres rangent les toxicomanes parmi les émotifs, les imaginatifs, les contemplatifs ; ils se recruteraient surtout parmi les intellectuels, et dans les milieux aisés.

On peut affirmer d'une façon certaine qu'il y a toujours, à la base de la toxicomanie, une certaine prédisposition, une prédestination : c'est la notion aujourd'hui acquise des toxicomanes-nés.

Les toxicomanes sont, pour la plupart, des gens peu intéressants ; ils sont atteints de curiosités malsaines, d'impressionnabilité, ils sont sournois, menteurs, paresseux, fatalistes (on connaît les coups de foudre toxicomaniques). Ce sont, surtout, des abouliques.

Le Dr Kurt Pohlisch, de Berlin, étudiant de quel ordre pouvaient être les facteurs héréditaires ou collatéraux des toxicomanes, a constaté sur 66 morphi-

nomanes, que leurs frères sont atteints dans une proportion de 4 %, leurs pères de 1,5 %, leurs mères de 4,5 %. Il y aurait lieu de tenir compte évidemment de l'influence de l'imitation, de l'exemple, etc.. Les cas de toxicomanies familiales sont très répandus; en dehors de toute question d'hérédité. Le prosélytisme de la plupart des morphinomanes et cocaïnomanes est bien connu. Il n'est néanmoins pas invraisemblable que la prédisposition mentale à la toxicomanie soit héréditaire. Cela est d'autant plus probable que l'on retrouve facilement des alcooliques dans les familles de morphinomanes et inversement.

Observe-t-on la toxicomanie avec plus de fréquence, à un âge déterminé ?

En 1933, le Bureau central d'Informations des Narcotiques d'Egypte, donnait les proportions suivantes, selon l'âge, de 400 prisonniers adonnés à diverses drogues :

de 16 à 20 ans : 2,5	de 46 à 50 ans : 7,25
de 21 à 25 ans : 16,25	de 51 à 55 ans : 4,5
de 26 à 30 ans : 18	de 56 à 60 ans : 4,75
de 31 à 35 ans : 20,25	de 61 à 65 ans : 2,0
de 36 à 40 ans : 12,75	de 66 à 70 ans : 0,50
de 41 à 45 ans : 9,50	de 71 à 75 ans : 1,75

De leur côté, D. Kouteras et Ph. Scouras relevaient en Grèce la proportion suivante : pour 18 % de mineurs, il y avait 52 % de sujets âgés de 22 à 30 ans, et 25 % de 30 à 40 ans.

Cependant qu'en Autriche, sur 50 femmes et 64 hommes hospitalisés en 1932 pour toxicomanies, 37 femmes et 48 hommes sont également âgés de 30

à 40 ans. On a été jusqu'à noter que, de même qu'en 1931, le nombre de personnes âgées de moins de 20 ans et de plus de 50 ans a été faible. En 1932, on ne relève même pas de cas concernant des hommes âgés de moins de 20 ans. Parmi les personnes âgées de plus de 50 ans, on n'a relevé qu'un seul cas d'abus de stupéfiants.

De la presque similitude de ces trois relevés, nous devons retenir que c'est principalement de 25 à 40 ans, dans la force de l'âge, que la toxicomanie est la plus fréquente.

Quant à la répartition des consommateurs de stupéfiants par sexe, elle se fait, pour le Dr Kurt Pohlisch, de la façon suivante, en Allemagne : pour les hommes, il existe une fréquence de la maladie de 0,69 pour 10.000 ; pour les femmes, de 0,46. En calculant pour la population au-dessus de 20 ans : pour les hommes environ 1, pour les femmes 0,76 pour 10.000.

En Pologne, pour 1931, on a constaté que 69 personnes abusaient des narcotiques, dont 48 hommes et 21 femmes.

Pour 64 hommes, il y eut 50 femmes, traitées pour toxicomanies, en Autriche, en 1932.

La Suisse comptait en 1930, 16 hommes et 12 femmes en traitement dans les maisons de santé. Ce qui semble confirmer la statistique du Dr Pohlisch, en faveur de la prédominance de la toxicomanie dans le sexe mâle.

Les toxicomanes se recrutent avec une plus grande

fréquence dans les grandes villes. Dans les villes d'Allemagne de 20.000 à 100.000 habitants, nous trouvons une proportion de 0,56 pour 10.000 ; dans les villes de plus de 100.000 : 1 pour 10.000 ; dans les villes de moins de 20.000, 3 pour 10.000.

La même constatation se fait en Egypte où, dans les grandes villes, la proportion est de 1,535, contre 0,783 à la Basse-Egypte, et 0,76 à la Haute-Egypte.

En Grèce, la plus grande consommation de stupéfiants a lieu seulement dans les trois grandes villes : Athènes, Le Pirée, Salonique.

Au point de vue professionnel, on a constaté en Autriche qu'aucun des toxicomanes soignés n'appartient aux professions agricoles, mais que par contre, les professions libérales ont été fortement représentées : 36 sur 114 toxicomanes, et parmi ces 36, on compte 12 médecins. Ce qui précède s'applique aussi aux femmes, notamment aux infirmières.

Aux Etats-Unis, du mois d'octobre 1930 au mois de décembre 1931, on a signalé comme toxicomanes : 263 médecins, 9 pharmaciens, 12 dentistes, 3 vétérinaires et 3 ostéopathes.

En ce qui concerne plus particulièrement la profession médicale, la statistique du Dr Kurt Pohlisch établit que la fréquence de la maladie y atteint, en Allemagne, environ 100 pour 10.000, soit environ le centuple du chiffre pour l'ensemble de la population adulte. Sur 100 médecins, il y a donc un adonné à l'abus chronique de l'opium. Cette proportion ressort encore avec plus de netteté, si l'on prend en

considération le haut pourcentage des médecins parmi les consommateurs de fortes doses quotidiennes, et si l'on envisage le morphino-cocaïnisme. Il est curieux de rencontrer 5 homéopathes parmi les 523 médecins concernés. Bien des fois, surtout à la campagne, des nids de morphinomanie ont pu être rattachés à la présence, dans la localité, de médecins morphinomanes. Il est important de constater, à cet égard, que la fréquence de la maladie chez les médecins, tout au contraire de ce qui se passe pour l'ensemble de la population, ne présente pas de différence sensible entre les districts ruraux et les grandes villes.

Rien ne prouve, heureusement, que la proportion de médecins toxicomanes soit aussi élevée dans les autres pays qu'en Allemagne, et sans doute, le contrôle sévère qui s'exerce depuis quelques années sur la profession médicale et sur les prescriptions contenant des stupéfiants a-t-il diminué le nombre des toxicomanes parmi les personnes dont la profession est de soigner les malades.

D'un point de vue général, on peut dire que la toxicomanie atteint toutes les professions ; c'est une question de latitude. Si, en France, la cocaïnomanie est l'apanage de quelques jeunes dévoyés, et s'observe parfois dans les milieux aisés ; si l'opiomanie est le fait surtout des classes pauvres en Chine ; si la toxicomanie par le haschisch se rencontre d'un bout à l'autre de l'échelle sociale, dans certains pays, il faut bien se garder de conclure. Très souvent,

toutes ces toxicomanies s'enchevêtrent, se rencontrent dans un même pays, dans une même profession, chez le même individu sous forme de combinaisons, d'associations. Deux faits seuls sont certains : d'une part, la prédisposition qui se rencontre dans tous les milieux ; d'autre part, la difficulté sans cesse croissante de se procurer les drogues, à cause de l'élévation de leur prix dans le trafic illicite, ce qui tendrait à limiter la toxicomanie aux classes aisées.

Quels sont les pays les plus atteints, et où rencontre-t-on le plus de toxicomanes ?

En Chine, la situation s'aggrave de jour en jour. On a vu s'ouvrir un nombre considérable de débits d'opium et de fumeries, fréquentés par une jeunesse qu'une propagande effrénée encourage au vice, et qui peut satisfaire son penchant à meilleur compte depuis que la législation du système a fait baisser le prix de l'opium. On ne peut donner de chiffres certains, cependant il est intéressant de constater que rien qu'en 1931, et dans 46 hôpitaux, 3.281 toxicomanes ont été traités.

Les Coréens et les Japonais commencent à s'adonner à l'opium. D'après *The Manchukuo News Service* du 9 décembre 1933, on estime que 30 % de la population de la Mandchourie s'adonnent à l'opium. La menace pour la santé de la population s'aggrave du fait que les toxicomanes commencent comme opiomanes et finissent par devenir des morphinomanes, qui vont détruire leur vie dans les nombreux bouges où l'on peut obtenir les injections de morphine. En

Corée, à la fin de 1931, 3778 personnes étaient enregistrées comme toxicomanes. A Formose, au cours de la même année, 4777 personnes ont été traitées.

En Birmanie, à la date du 31 décembre 1932, le total des fumeurs d'opium enregistrés était de 19.955 contre 10.297 à la date du 31 décembre 1931.

En Egypte, si l'on prend pour base d'évaluation du nombre des toxicomanes une fraction de 8 1/2 % de la population du sexe masculin en âge de s'adonner à la toxicomanie, on compte 282.000 fumeurs de hachisch, 93.000 fumeurs d'opium, 54.000 héroïnomanes.

Les toxicomanes sont évalués à 100.000 pour l'ensemble des Etats-Unis et si l'on y ajoute les toxicomanes âgés et incurables qui reçoivent les stupéfiants dont ils ont besoin par les voies licites, de 120.000 à 140.000.

Au Canada, ils sont évalués à 8.000, la majorité étant des toxicomanes criminels.

Sur la fréquence des drogues utilisées, et sur leur forme particulière, on ne saurait émettre de règles certaines. S'il est théoriquement possible de dresser une carte mondiale avec la répartition des drogues par continents et par pays, il n'en reste pas moins vrai que de la difficulté d'obtenir des drogues manufacturées, une situation nouvelle s'est créée dans la plupart des pays : ici, les toxicomanes s'adonnent davantage à la consommation de l'opium brut (ingestion) ; là, ils se portent vers le haschisch, vivement encouragés par les contrebandiers qui, privés du trafic des

drogues manufacturées, recherchent d'autres stupéfiants dont ils puissent faire commerce ; ailleurs, où il devient impossible de se procurer du chlorhydrate de morphine ou de l'héroïne, les toxicomanes ont recours à leurs succédanés : à la codéine, à l'élixir parégorique dont l'usage se répand de plus en plus.

CHAPITRE III

L'habitude de fumer l'opium conduit à la toxicomanie dont le développement dépend à la fois de facteurs physiques, — état corporel du fumeur — psychologiques et moraux. Il s'ensuit que le problème est, en réalité, fort complexe ; il se pose, en effet, de façon différente suivant la race, la mentalité, les habitudes des individus — la façon de fumer, en particulier, et même la construction de la pipe, ont une importance toute spéciale — et aussi, et surtout, suivant leur situation financière.

C'est dire qu'il ne se présente pas de la même manière en Europe où il a, somme toute, un caractère plutôt exceptionnel et sporadique, et en Extrême-Orient, où l'habitude de fumer l'opium est extrêmement répandue. On sait, en effet, que l'habitude de fumer l'opium ne manifeste pas ses conséquences de façon aussi prononcée chez les individus des classes aisées qui peuvent avoir à côté de leur habitude de fumer l'opium, un régime d'existence normal quant à l'alimentation par exemple, et chez les classes pauvres, qui consacrent une bonne partie, sinon la totalité de leurs ressources, à la satisfaction de leur vice, se nourrissent mal et se trouvent ainsi en état de

moindre résistance à l'égard du poison. On sait, d'autre part, que les opiomanes ne s'arrêtent pas là, et finissent généralement comme des morphinomanes.

MORPHINOMANIE.

Il semble que les toxicomanes aient une prédilection pour le chlorhydrate de morphine. Le D^r Kurt Pohlisch estime que sur 3.500 consommateurs d'opium, l'héroïne n'est représentée que 99 fois seulement, et encore sur ce nombre, 33 fois associée à d'autres alcaloïdes. L'emploi abusif de chlorhydrate de morphine aurait été durant le 1^{er} semestre de 1928, en Allemagne, de 240 kgr. En Autriche, les cas de morphinomanie soignés sont de beaucoup les plus fréquents : 41 hommes et 41 femmes sur un total de 114 toxicomanes traités en 1932. Il importe de souligner, à cette occasion, que si la morphine paraît être la plus fréquemment utilisée, du moins en Europe, elle est le plus bénin des toxiques.

Les morphinomanes se font des injections sous-cutanées de 0 gr. 50-1 gr. et même 20 gr. par jour (cas noté par Brouardel). Ces sujets se font des piqûres à travers les vêtements, à l'heure du besoin, quel que soit l'endroit où ils se trouvent : s'ils sont en société, ils disparaissent subitement, vont aux lavabos, en reviennent métamorphosés ; ce sont des personnages à éclipse. Quand les piqûres sont nombreuses, on peut s'en rendre compte par le tatouage bleuâtre qui marque leur corps.

L'injection intra-veineuse est également possible : c'est le mode de suicide le plus utilisé par les petits mélancoliques.

On ne peut se faire une idée complète de la déchéance physique et morale du morphinomane qu'à la période d'asservissement à la drogue. Il faut distinguer deux cas, suivant l'état de morphinisme ou d'amorphinisme (suppression brusque du toxique).

Dans le premier cas, le teint du morphinomane est spécial ; la pâleur caméléon du visage ou son aspect différent à deux moments de la même journée est connue : c'est une santé à double face. Quand le sujet est en état de besoin, il est vieilli, rabougri, il présente parfois un état cachectique. Un moment plus tard, sous l'influence de la morphine, il est joyeux, euphorique. Il présente des troubles du caractère : colères, égoïsme, paresse. C'est un sujet maussade. Il est fréquemment atteint d'insomnie.

L'impuissance est de règle, car, si la morphine peut procurer une excitation passagère, elle détermine fatalement l'affaiblissement du sens génital, aussi bien chez l'homme que chez la femme. D'après Lewin, l'usage prolongé de la morphine déterminerait l'intoxication des spermatozoïdes qui deviennent immobiles et inaptes à la fécondation. Dans beaucoup de cas, on constaterait même l'azoospermie. Dans les rares cas où un spermatozoïde morphiné peut féconder un ovule, l'avortement ne tarde pas à se produire.

Chez la femme, il y a généralement des troubles

menstruels pouvant aboutir jusqu'à la suppression des règles. On ne sait pas si cette aménorrhée est due à une suppression de l'ovulation, ou à un autre trouble. La morphinomanie de la femme peut agir d'une manière néfaste sur le développement de l'enfant par intoxication du fœtus *in utero* ou bien par l'intermédiaire de l'allaitement. Des enfants peuvent naître morphinomanes ou le devenir pendant l'allaitement par une nourrice faisant usage du toxique. Quant à la transmission de la tare mentale au produit de conception, elle n'est guère connue, les morphinomanes étant le plus souvent stériles.

Bien vite, voilà le morphinomane arrivé à la déchéance ; pour se procurer de la morphine, il vole, il fabrique de fausses ordonnances. Il a une tendance au mensonge, il devient aboulique. Mais jusque là, il a gardé sa lucidité et la pleine conscience de ses actes ; c'est pourquoi dans le nouveau code pénal français en élaboration, les morphinomanes doivent être considérés comme responsables, les toxicomanies n'étant en aucun cas considérées comme circonstances atténuantes.

Si on voit le morphinomane en état d'amorphinisme, on le trouve inquiet, anxieux ; il est alors sur le gril, sur des épines, avec l'idée obsédante du poison qu'il faut qu'il se procure. Il a une tendance aux lipothymies, les syncopes sont quelquefois suivies de mort. Enfin non traité, le sujet arrive à la cachexie, et il est le plus souvent emporté par une maladie intercurrente.

HÉROÏNOMANIE

Le succès de l'héroïne chez les toxicomanes est dû à ce qu'elle est la seule forme de drogue opiacée qui puisse être prise : les héroïnomanes absorbent de 1 à 3 gr. et davantage par voie nasale, mais là aussi on observe les pratiques d'injections sous-cutanées allant jusqu'à 1 gr. 50 par jour. Les effets de l'héroïne sont deux fois plus intenses que ceux de la morphine ; on note souvent chez les héroïnomanes de l'excitation ; les trafiquants vantent à leurs victimes les vertus aphrodisiaques de l'héroïne. L'accoutumance est plus rapide et plus durable. De nombreux criminels seraient priseurs d'héroïne.

CODÉINOMANIE.

Peut-on parler de codéinomanie ? On a signalé au Canada un usage considérable de codéine par des héroïnomanes et des morphinomanes qui ne pouvaient obtenir leur drogue favorite et se servaient de codéine comme pis-aller. On a constaté que cet usage existait à la fois parmi les toxicomanes de l'Orient et de l'Occident et que l'injection sous-cutanée déterminait, dans certains cas, la formation sous la peau, de nombreuses excroissances dures, en forme de boules, qui durent très longtemps. Cette affection est appelée, dans les milieux de trafiquants, « bras de ciment ». On a exprimé l'opinion que la codéine n'était pas utilisée comme drogue donnant lieu à la toxicomanie, mais comme un succédané, de la même

manière que les cocaïnomanes ont recours à la novocaïne pendant les périodes où font défaut les véritables drogues donnant lieu à la toxicomanie.

LA TOXICOMANIE PARÉGORIQUE (1) a été également notée au Canada; elle s'étend de jour en jour. Au cours de la dernière partie de 1932, on a porté une attention toute particulière à l'usage, jugé anti-social, du composé de teinture de camphre (élixir parégorique), préparation qui n'est pas visée par la loi sur les stupéfiants. Outre que cette teinture contient $1/5^e$ d'un grain de morphine par once liquide, sa teneur en alcool est plus élevée que celle du whisky écossais vendu au détail au Canada. On a appris qu'un grand nombre de personnes employaient des quantités importantes de cette préparation, quelques-unes en utilisant jusqu'à 20 onces par jour (ou 622 gr. environ contenant 3 gr. 25 d'extrait d'opium). Ses effets sont analogues à ceux de la morphine.

COCAÏNOMANIE.

La cocaïnomanie est principalement dangereuse du fait de son prosélytisme. La cocaïne est la drogue

1. Formule de l'élixir parégorique selon le codex de 1908 :

Poudre d'opium.....	5 gr.
Ac. benzoïque.....	5 —
Essence d'anis.....	5 —
Camphre.....	2 —
Alcool à 60°.....	985 —

10 grammes renfermant 5 milligrammes de morphine (Convention Internationale).

préférée des personnes jeunes, qui y ont souvent recours pour se montrer brillants en société ; elle serait l'apanage du sexe féminin.

L'usage de la cocaïne a d'abord des répercussions locales ; la cocaïne s'absorbe en effet par prise nasale : on a noté jusqu'à 4 gr. par jour. Les cocaïnomanes présentent, dans une première période, un nez épaté, ayant un aspect acnéique ; on assiste ensuite successivement à une inflammation, une ulcération, une perforation de la cloison.

La cocaïne se fixe de préférence sur l'écorce cérébrale, c'est donc un poison central agissant sur « l'intelligence, la perception sensorielle, et le mouvement volontaire » (Dr Logre).

Au point de vue psychique, le cocaïnoman se présente comme un agité, un excité moteur. Des troubles du caractère se font jour : le sujet devient ombrageux, jaloux, il se livre à des violences disproportionnées avec la cause qui les produit. On rencontre parfois des poussées délirantes, spécialement lorsqu'il y a association de l'intoxication cocaïnique avec l'intoxication alcoolique, « la cocaïne fait, en effet, bon ménage avec l'alcool ». C'est à l'occasion de ces poussées délirantes que le malade est invinciblement poussé à des actes de violence : agitation dans la rue, batailles qui lui occasionnent des démêlés avec la police et l'amènent à l'asile ; souvent il devient criminel.

La cocaïne agit comme aphrodisiaque, chez la femme en particulier ; lorsque cette excitation se pro-

duit chez l'homme, elle peut l'amener à se livrer à des délits sexuels, tels que perversion génitale, sadisme, masochisme.

L'intelligence du malade s'affaiblit progressivement ; il perd la mémoire. La volonté n'existe plus, sauf pendant de courts instants, où il est poussé par l'impérieux besoin de se procurer la cocaïne.

L'état général devient alors très mauvais ; le cocaïnomanie maigrit ; il a le teint blafard, les yeux excavés, il perd l'appétit. A cette période, le malheureux n'est plus qu'une loque humaine et à moins qu'il ne soit poussé par l'obsession du suicide, il finit dans un asile ou devient la victime de la tuberculose, qui trouve dans ce corps déchu un terrain tout préparé pour se développer. La déchéance morale et physique sera plus rapide encore si, comme cela se produit souvent, ces individus sont victimes d'intoxications multiples, associant à la cocaïne, l'alcool et la morphine, parfois l'éther ou l'opium.

Comme le disent fort bien Courtois-Suffit et Giroux, la cocaïne atteint plus que l'individu, elle touche la descendance et par conséquent la race. Marfan a publié à ce sujet le cas démonstratif d'un homme qui absorbait journellement, par prise nasale, 4 grammes de cocaïne ; il engendra quatre enfants : l'aînée, conçue avant l'intoxication, était intelligente et bien portante ; la seconde, née au moment où l'intoxication commençait à peine, était petite, chétive, mais très intelligente, alors que les deux derniers enfants, conçus en pleine période de cocaïnomanie

étaient idiots. Dans le cas de Brouardel, il s'agissait d'un homme priseur de 3 grammes de cocaïne par jour, et qui, étant physiquement normal, eut deux enfants : l'un microcéphale, l'autre idiot.

Quand un cocaïnomane ne peut se procurer sa drogue, il cherche à utiliser un succédané, la novocaïne ; mais il ne semble pas que la novocaïne, à elle seule, puisse engendrer la toxicomanie.

HACHISCHOMANIE.

Le hachisch agit comme un stimulant de la pensée, ses effets sont suivis de dépression. On connaît l'effet détériorant du hachisch sur les produits de la conception, lorsque celle-ci a eu lieu pendant l'ivresse cannabique. Dans certains pays du Maroc, on appelle les enfants infirmes, scrofuleux et débiles « Uld El Kif », c'est-à-dire l'enfant du Kif. Kif est le nom indigène du hachisch.

Enfin, l'usage de nombreuses combinaisons est connu : la combinaison la plus employée étant morphine-cocaïne, puis vient la combinaison morphine-héroïne. Il faut noter chez un grand nombre de toxicomanes une association alcool-toxique très répandue ; ceci en particulier chez les morphinomanes, qui trouvent ainsi dans l'alcool un tonique de soutien contre la dépression de la morphine. Ces associations rendent plus graves encore les conséquences sociales de la toxicomanie, qu'il nous faut à présent étudier.

Le divorce s'observe à la suite de toxicomanies. La

Finlande a été amenée à promulguer une loi, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1930, d'après laquelle le divorce peut être prononcé pour cause de toxicomanie.

Nous possédons, grâce au Bureau central d'Informations des Narcotiques d'Egypte, des cas de divorce prononcés pour toxicomanie. En 1932, 97 divorces ont été prononcés par les tribunaux mahométans dans des cas se rattachant directement au trafic des stupéfiants.

Dans 50 cas, le divorce avait été prononcé pour insolvabilité du mari, due aux conséquences de la toxicomanie ;

Dans 28 cas, le mari avait été emprisonné pour toxicomanie, ce qui avait justifié le jugement en divorce ;

Dans 19 cas, le divorce avait été prononcé parce que le mari avait été emprisonné pour trafic de stupéfiants.

Ces 97 sentences marquent, par comparaison avec les 200 de 1931, les 246 de 1930, et les 203 de 1929, une diminution notable.

Conséquence plus désastreuse encore, au point de vue social, la criminalité se rencontre fréquemment au cours des toxicomanies. Un trait commun réunit tous les stupéfiants, c'est la production d'un état aigu transitoire, très spécial, l'ivresse. Celle-ci évolue en plusieurs phases :

1^o Une phase d'hypomanie toxique avec tendance à l'euphorie, à l'exaltation de la personnalité, dans

laquelle, malgré l'apparente excitation intellectuelle, se manifeste un affaiblissement de la volonté et de l'hyperréflexivité. Cette phase se traduit au point de vue des réactions anti-sociales, par des conflits, des agressions, des violences, elle déclenche parfois des actes systématisés et des complications nécessitant un internement imprévu.

2^o La phase sensitivo-sensorielle, caractérisée par une suspension complète de la volonté, par le développement de l'automatisme psychique et la libération des états passionnels et instinctifs. C'est la phase la plus importante au point de vue médico-légal. Elle se traduit par des impulsions, de l'excitation, des perversions sexuelles (satyriasis, exhibitionnisme, homosexualité) et des actes de violence : crimes.

3^o Une période de narcose, beaucoup moins importante au point de vue médico-légal.

L'usage des stupéfiants peut, en cas de saturation toxique plus intensive, aboutir à la constitution de psychoses aiguës, de toxi-psychoses fécondes en actes anti-sociaux. Ces psychoses sont le plus souvent paroxystiques ; état d'onirisme confusionnel, fureurs subites. Parfois cependant, elles peuvent présenter une allure subaiguë (idées délirantes d'apparence parfois systématique, avec, notamment, idées de persécution, idées de jalousie, d'autres fois préoccupations mélancoliques). Il faut noter enfin la fréquence du suicide par l'opium en Chine.

Quant à la mortalité par les drogues nuisibles, elle ne saurait être contestée dans les pays les plus

atteints, où elle est très élevée. Voici comment elle a été estimée en Egypte durant les années 1926-1933 :

Stupéfiants	1933	1932	1931	1930	1929	1928	1927	1926
Hachisch	—	—	—	—	—	1	—	—
Datura	—	2	2	4	—	—	—	—
Opium	3	5	8	9	13	7	25	8
Morphine	—	—	—	2	—	—	—	—
Cocaïne et héroïne	—	5	9	19	33	—	—	—
Manzoul.....	—	1	—	1	—	—	—	—
Autres drogues	8	11	23	33	—	18	—	—
Total	11	24	42	68	46	26	25	8

En Pologne, on a relevé durant l'année 1931, 3 décès dus aux stupéfiants sur 69 personnes abusant des narcotiques.

Cette mortalité serait-elle réduite à 1 p. 100, qu'elle est assez considérable pour nécessiter la prophylaxie des toxicomanies, plus que jamais commandée par leur extension néfaste.

CHAPITRE IV

On a beaucoup discuté dans les milieux où l'on s'intéresse à la prévention de l'usage abusif des stupéfiants, du rôle que doit jouer l'éducation, et plus spécialement l'éducation dans les écoles, dans la solution du problème.

On se trouve en présence de deux points de vue opposés : les uns prétendent que toute espèce de propagande, et en particulier l'instruction donnée à l'adolescent, servira à augmenter, bien plus qu'à diminuer, l'emploi des stupéfiants et le nombre des toxicomanes. Les autres affirment, au contraire, qu'une campagne éducative bien préparée et mise à exécution dans les écoles, en amènera une diminution sensible.

Une lettre de M. Blanco, directeur de l'Anti-opium Information Bureau, dans laquelle il s'exprime en termes des plus nets, traduit l'attitude du premier groupe. « Si votre but est toujours d'enseigner aux gens à ne pas faire usage de stupéfiants, écrit-il, je puis seulement vous répéter que je ne désire pas m'associer à un tel mouvement, qui est voué à l'insuccès. C'est une perte de temps, d'un temps qui pourrait être employé plus utilement à la lutte pour

la stricte limitation de la fabrication des stupéfiants, de façon à ce qu'il ne reste plus d'excédent disponible pour le trafic illicite ».

De son côté, le professeur Counts, co-directeur de l'Institut International d'Education, fait la déclaration suivante : « L'idée très répandue, que c'est au moyen d'une législation restrictive que le bien-être social a le plus de chances d'être assuré, a essuyé de sérieux échecs au cours de ces dernières années ; et l'on commence à s'apercevoir parmi les gens qui réfléchissent, que seule l'éducation permet de résoudre le problème si complexe de l'adaptation de l'individu à son milieu. C'est un de ces problèmes d'éducation que fait naître l'usage des stupéfiants engendrant l'accoutumance, usage toujours plus répandu et toujours plus menaçant, Nous ne pouvons plus esquiver l'obligation de renseigner sur la question des stupéfiants et sur le danger de la toxicomanie, l'adolescent qui traverse une période particulièrement difficile pour ce qui est de l'adaptation à la vie sociale. L'éducateur professionnel a donc une responsabilité très nette dans la lutte contre le développement de cette habitude déplorable qui constitue un sérieux danger social ».

S'il est injuste de prétendre que la lutte menée contre les stupéfiants n'a pas donné de résultats, il n'en faut pas moins méconnaître la portée prophylactique de l'éducation. Il n'y a aucune incompatibilité entre ces deux moyens de lutte, bien différents, certes, par leur organisation, mais si identiques dans

la communauté du but à atteindre ; il ne saurait s'agir de perte de temps, puisque d'autre part la limitation de la fabrication des stupéfiants ne cesse de se poursuivre. Si, par ailleurs, on ne comptait que sur l'espoir de ne voir aucun excédent exploité par le trafic illicite, on ne gagnerait qu'à voir la situation s'aggraver et la toxicomanie se répandre dans des pays comme la Chine, où non seulement la production égale sept fois celle de l'ensemble des autres pays producteurs, mais où, encore, en raison des quantités illimitées d'opium qui sont continuellement introduites en contrebande à Shanghai, et des conditions dans lesquelles se trouve actuellement la Chine, la suppression absolue du trafic illicite de l'opium est presque impossible. Or, là, de toute évidence, il faut agir autrement, et on l'a fait. Encore moins comprenons-nous pourquoi l'instruction de l'adolescent servirait à augmenter le nombre des toxicomanes ; il faudrait admettre donc que l'éducation prophylactique à l'égard de l'alcoolisme, qui s'est pourtant généralisée à tous les pays, a augmenté le nombre des alcooliques ? D'ailleurs ceux-là même qui ont la mission d'appliquer les lois reconnaissent l'utilité de l'éducation prophylactique. Dans son rapport de 1933, S. E. Russell Lewa déclare que le « danger des narcotiques sera écarté à l'avenir aussi longtemps que les autorités répressives n'abandonneront pas leur constante vigilance » et il ajoute : « en persévérant à instruire la population contre ce mal anti-social ».

La Chine a adopté l'un et l'autre de ces moyens de lutte. Elle favorise notamment la propagande contre l'abus des stupéfiants. C'est l'un des objets de la « Vie nouvelle », des associations pour l'Education Sociale, du mouvement de la « Reconstruction Rurale » et des associations anti-opium. Le « Yuan de contrôle » est l'organe du Gouvernement National chargé de dénoncer au Gouvernement les abus qui se produisent dans l'administration.

En Corée, les autorités ont entrepris une campagne de conférences populaires avec films et expositions, car à leurs yeux, le meilleur moyen de combattre le mal est de s'attaquer à la racine même, par une éducation de l'esprit du public. 411.000 yens par an sont dépensés pour cette organisation curative et préventive à la fois, sans compter les frais de propagande, qui figurent dans le budget de l'Hygiène Publique.

Le Gouvernement des Indes Néerlandaises octroie des subsides aux organisations qui assurent la propagande contre l'usage de l'opium. Les organisations ainsi subventionnées en 1931, étaient l'Association de Batavia contre l'usage de l'opium, la Loge des Indes Néerlandaises de l'ordre international des Bons Templiers, l'Association des Indes Néerlandaises contre l'usage de l'opium, à Bandoeng, et la Société des Missions Néerlandaises de Rotterdam (pour l'hôpital Immanuel à Bandoeng). La propagande contre l'usage de l'opium se poursuit sous forme de conférences ou par la distribution de bro-

chures et de tracts, ainsi que par l'ouverture de comptoirs dans les foires. En octobre 1931, l'Association de Batavia contre l'usage de l'opium et la Loge des Indes Néerlandaises de l'ordre international des Bons Templiers ont organisé, dans de nombreuses régions, une semaine de propagande contre l'opium. On continue de répandre des brochures et des tracts en langues malaise, javanaise, sondéenne et madouraise.

Des mesures ont été prises en Indochine, en particulier parmi la jeune génération, pour éduquer l'opinion publique, et lui rendre sensibles les dangers de la toxicomanie. Ainsi, dans tout l'Extrême-Orient, où le péril toxique est le plus sensible, un très sérieux effort est fourni pour la prévention de la toxicomanie. Il nous semble que d'une part, il devrait être généralisé, et aux Etats-Unis notamment, l'idée fait son chemin, et d'autre part que plutôt que de bonnes idées, il faut une bonne méthode.

Sous quel angle est-il permis d'envisager l'éducation prophylactique?

L'article 15 c) de la Convention de limitation prévoit la lutte contre la propagation de la toxicomanie. Il est ainsi conçu :

« Les Hautes Parties Contractantes établiront, si elles ne l'ont déjà fait, une administration spéciale ayant pour mission... c) d'organiser la lutte contre la toxicomanie en prenant toutes les mesures utiles pour empêcher son développement ».

Au cours de la 18^e session tenue à Genève, du 18 mai au 2 juin 1934, la Commission Consultative

de l'opium a étudié la question. Si, de l'avis de certains, les meilleurs instruments de propagande sont les rapports de la Commission, et le moyen le plus efficace pour empêcher le développement de la toxicomanie, l'application rigoureuse des Conventions, la plupart font valoir la nécessité d'éclairer l'opinion publique, sans jamais perdre de vue la diversité de conditions des pays, d'appuyer les efforts des Associations nationales et internationales, des Associations religieuses et des Missions qui s'intéressent spécialement à la question de la toxicomanie, et de s'adresser également, en vue de la propagande, aux milieux médicaux et universitaires.

Finalement la résolution suivante a été adoptée :

a) Demander aux Gouvernements parties à la Convention de 1931, des renseignements sur les mesures prises ou projetées par eux en vue d'établir l'administration spéciale mentionnée dans l'article 15 de la Convention, et sur toutes autres dispositions qu'ils ont adoptées ou qu'ils ont l'intention d'adopter pour organiser la lutte contre la toxicomanie et pour combattre le trafic illicite, conformément à l'article 15 c) ;

b) obtenir des renseignements sur l'action entreprise et les méthodes suivies dans la lutte contre les stupéfiants par les Associations nationales et internationales se livrant à cette lutte, ainsi que sur l'œuvre entreprise dans ce domaine par les Institutions missionnaires.

La propagande contre la toxicomanie, pour ne pas être dangereuse, ne doit s'exercer que dans les mi-

lieux déjà informés de la question, en particulier dans les milieux médicaux et parmi les membres de l'enseignement. Cette propagande doit se faire selon la nécessité réelle et selon l'état d'esprit des populations. L'attention a été attirée sur certains effets fâcheux de la propagande par radio, en matière de toxicomanie, à propos de la diffusion en Pologne d'une conférence célébrant un ouvrage sur la contrebande du hachisch. La Pologne a signalé également l'apparition de certains disques de gramophone reproduisant des chants qui exaltent les vertus des drogues nuisibles. Ces dangers viennent de ce que la propagande par radio, entre autres, est exercée par des personnes non qualifiées et mal renseignées sur les questions de toxicomanie. Devant des cas aussi déplorables, il est de toute évidence qu'il faut agir d'une façon rapide et méthodique. A qui donc incombe le rôle de pratiquer, sur une vaste échelle, cette prophylaxie sociale ?

Puisqu'on en est encore à sa genèse, il faut considérer son organisation d'une part, parmi la jeunesse, et particulièrement l'école, d'autre part, parmi les adultes, qui n'ont pu, dès leur adolescence, être mis en garde contre un péril qui d'ailleurs ne s'est pas révélé aussi réel que de nos jours.

Dans les écoles où, dès le plus jeune âge, on enseigne que l'alcool est nuisible, il ne faut pas négliger d'inculquer aux enfants et aux adolescents que les drogues dites stupéfiantes, le sont aussi, et à plus d'un titre ; elles mènent l'individu à la déchéance

physique et morale ; elles tuent ; elles provoquent la déchéance de la race. De même que l'on attire l'attention de la jeunesse sur la contagiosité de certaines maladies épidémiques, il nous semble indispensable de souligner le prosélytisme des toxicomanies, qui est aussi une contagion à combattre ; les toxicomanies ne se répandent certes pas aussi rapidement, elles le font lentement, mais sûrement ; un exemple en appelle un autre ; il y a là également une hygiène à observer.

Cette éducation prophylactique sera commandée par la nature de la toxicomanie et son degré d'extension. Il est indispensable pour cela, que les éducateurs soient au courant de la situation non seulement à l'intérieur de leur pays, mais aussi qu'ils soient avertis des courants qui se dessinent au dehors, et qui peuvent dicter leur attitude ; ils renforceront leur propagande ou porteront principalement leurs efforts sur le danger qui est signalé et risque d'envahir le pays.

Pour nous, à qui le rôle de la Société des Nations apparaît de plus en plus primordial dans la lutte contre les stupéfiants, au cours de laquelle elle a souvent envisagé la portée prophylactique de l'éducation, nous considérons qu'elle est toute désignée pour tracer sur les données précises qu'elle possède sur la plupart des pays, un plan d'ensemble, pour une vaste croisade morale, dont les pionniers seront des hommes de conviction instruits par elle, et qui porteront, chacun dans son pays d'origine, les éléments propres à le préserver de l'envahissement des toxicomanies. Les résultats doivent démontrer rapidement

que la jeunesse d'aujourd'hui appelée à composer l'élite saine de demain, est détournée de l'attraction de la toxicomanie.

A l'égard de l'adulte, il est indéniable que les publications telles que les Rapports de la Commission de l'Opium, le rapport annuel du Bureau Central d'Informations des narcotiques d'Egypte, les campagnes entreprises par les éléments sains, constituent la plus efficace des propagandes, non seulement elles mettent en relief les dangers de la toxicomanie et ses ravages, mais elles indiquent comment il faut lutter, comment surtout elles sont réprimées ; il est malheureusement encore nécessaire d'agiter le spectre de la répression, pour agir sur les consciences hésitantes. Ces publications se comptent ; il faudrait les étendre à plus d'un pays. Il convient de leur ajouter les conférences publiques ou par radio, confiées surtout à des médecins qui sont plus à même d'instruire le grand public quant aux dangers sociaux de la toxicomanie.

Le devoir du médecin se précise d'autant plus qu'il peut dépister la toxicomanie par la connaissance approfondie de ses manifestations. Il a mieux à faire encore : sachant où se recrutent les toxicomanes, il doit aller vers eux ; la plupart d'entre eux sont des prédisposés, ils s'observent avec plus de fréquence à un âge, dans un sexe, dans un milieu déterminés. Voilà, ce nous semble, de sérieux renseignements pour que chaque médecin, dans sa mesure, collabore à cette œuvre de prévention. On prétend lui retirer ce

rôle, parce que dans certains cas, il s'adonne ou pourrait s'adonner lui-même à la toxicomanie (1) ; la majorité des médecins, il faut l'affirmer hautement, ignore l'usage des stupéfiants. On veut alors amenuiser la tâche du médecin ; le toxicomane, a-t-on dit, est l'ennemi du médecin quand il n'est pas son ami. Dans le premier cas, il évitera de le consulter ou le fera trop tard, quand il se sera déjà adonné aux stupéfiants depuis un certain temps. Il n'est jamais trop tard en matière de toxicomanie ; la portée du sevrage est immense, et nous le verrons. D'autant plus qu'il n'est pas impossible au médecin de connaître ceux qui, dans sa clientèle, peuvent un jour ou l'autre s'adonner à la toxicomanie ; le médecin doit faire œuvre de psychologue, il doit savoir arrêter à temps son malade sur la pente dangereuse.

Dans le second cas, nous touchons aux cas épineux où, volontairement ou involontairement, le médecin a pu créer, entretenir ou aggraver un état de toxicomanie chez son malade.

Une observation du Dr R. Dupouy (obs. LVIII) illustre un cas où on ne peut guère incriminer la responsabilité du médecin, dans la création d'un état de toxicomanie.

« Le Louis..., 39 ans, industriel. A été piqué à la morphine à l'âge de 17 ans au cours d'une sciatique très aiguë. A pris de la morphine ensuite à l'âge de 20 ans à

1. Le permis d'exercer est retiré dans le cas de maladie mentale ou de toxicomanie en Allemagne.

la suite d'une blessure de guerre ; on l'avait piqué pendant quarante jours consécutifs et il y avait pris goût. Il dit lui-même : « Plusieurs médecins ont voulu me sevrer à domicile ; peine perdue, un morphinomane a sa drogue cachée partout ».

M. Sainton a publié une observation d'un adulte d'une cinquantaine d'années chez lequel l'emploi du dilaudide en injections sous-cutanées au cours du traitement d'une fracture du fémur (1 à 4 ampoules par jour) amena une véritable toxicomanie. Les doses ont été diminuées, mais le malade se dérobe à tout sevrage définitif. L'auteur conclut en mettant en garde les praticiens contre l'emploi du dilaudide qui est susceptible, comme cette observation le montre, de produire une toxicomanie dilaudidique, analogue à la toxicomanie morphinique ou héroïnique.

Dans quelles conditions un médecin peut-il avoir entretenu ou aggravé un état de toxicomanie ?

On sait que devant les douleurs intolérables d'un cancer du sein inopérable ou de métastases cancéreuses vertébrales secondaires, le seul recours du médecin est de morphiner sa malade jusqu'à 1 gr. 50, 2 gr. par jour, non seulement pour lui procurer un soulagement qu'elle réclame, mais aussi pour répondre au désir de l'entourage qui demande, par humanité, et aussi dans un désir compréhensible de tranquillité, que les souffrances de la malade soient atténuées, même au prix d'une accoutumance.

Nous en rapprochons un cas observé par le D^r Dupouy (obs. XLIX) :

Mur.. Raymond, 42 ans, sans profession. Toxicomane après mutilation grave par blessure de guerre, en novembre 1914. Après une laminectomie qu'avait nécessitée une lésion de la moelle lombaire par balle, d'où paralysie des membres inférieurs et des sphincters, douleurs fulgurantes continuelles, on le morphina plus encore dans un but d'euthanasie que de thérapeutique. Trois mois après, suppression brusque et totale dans un hôpital où il avait été transféré alors que sa dose totale ne dépassait pas 5 centigrammes par jour. Douleurs atroces durant la cure qu'il se rappelle « comme un véritable cauchemar qui a duré plus de dix jours » et il ajoute : « pour rien au monde je n'accepterai à nouveau de pareilles souffrances ». Il recommence cependant à se piquer à chaque forte crise de douleurs fulgurantes et s'arrête quand la crise est passée ; il vit de la sorte quatre à cinq ans aux colonies, puis se laisse aller à l'accoutumance. La drogue lui devient indispensable, il en prend désormais quotidiennement et augmente progressivement la dose jusqu'à atteindre 2 gr. par jour en 1927 ».

Et puis cet autre cas (obs. LXXI), plus terrible encore et qui met bien plus à l'épreuve la conscience médicale :

« Ch.. René, 41 ans, employé, prend de l'héroïne depuis 10 ans, pour raisons thérapeutiques, d'abord pour des souffrances occasionnées par un tassement des vertèbres

consécutif à une chute dans un trou d'obus pendant la guerre, puis pour des douleurs de lithiase rénale (calcul enclavé du rein gauche). Il entre à l'hôpital le 7 mai, prenant 1 gr. 65 par jour. Il est dans un état très mauvais, au point que nous nous demandons si sa vie n'est pas en jeu et s'il est humain de pratiquer une désintoxication en de telles conditions. Il a de la pyurie sanglante, 0,13 centigrammes d'albumine dans les urines, une température de 40°2, un gros abcès en formation à une cuisse, une céphalée tenace, des vomissements. Nous acceptons cependant d'entreprendre la cure parce que le chirurgien ne veut pas intervenir avant qu'elle ne soit pratiquée.

Désintoxication évidemment pénible; le malade souffre de son rein et se montre exigeant, désagréable, insolent, grossier. Nous la réussissons cependant en cinq jours et le malade sort, parfaitement sevré, le 15 mai, pour se faire opérer ».

Ajoutons que dans les deux cas précédents du Dr Dupouy, la désintoxication a donné des résultats identiques. On se rend cependant compte des difficultés auxquelles on se heurte dans la pratique médicale pour la prescription des stupéfiants. Chaque médecin n'ignore pas, certes, qu'il doit limiter les indications de la morphine, de l'héroïne, de la cocaïne et autres produits; qu'il doit décider, calculer, préciser leurs limites d'emploi pour éviter un état de toxicomanie au malade qu'il traite. Mais la chose n'est souvent pas facile. Devra-t-on s'empêcher de morphiner un lithiasique qui hurle de douleur... devra-

t-on au cours d'un accès d'asthme ou devant un œdème aigu du poumon, se passer du pouvoir eupnéique inégalé du chlorhydrate de morphine?... Tâche difficile... qui fait ressortir par ailleurs le rôle ingrat du médecin qui dans certains pays, n'ose plus prescrire de préparations opiacées à dose même infime, recule devant la prescription d'un simple collyre à la cocaïne, de crainte de s'attirer des ennuis de la part d'un contrôle de plus en plus sévère, et souvent abusif. Cette gêne n'atteint pas que le médecin ; les dentistes n'emploient plus, pour l'anesthésie locale, que les succédanés synthétiques de la cocaïne : novocaïne, stovaïne, syncaïne. Le pharmacien lui-même ne s'embarrasse plus de stocks même autorisés et se fournit, généralement, chez un confrère qui a voulu courir le risque d'être contrôlé.

Le médecin est aux prises avec de terribles débats de conscience, cependant que le malade en souffre le premier. Le succès de la lutte contre les stupéfiants n'est certes pas dû pour la moindre part au Corps médical, qui s'est soumis à la gêne apportée aujourd'hui à la prescription d'opium ou d'alcaloïdes de l'opium... mais à quel prix !...

Le rôle du médecin est plus précis au cours du sevrage qui demeure la seule méthode de traitement de la toxicomanie, et que l'on peut considérer aussi, étant donné le prosélytisme des toxicomanies, comme une prophylaxie d'enrayement, comme une prévention à l'égard de la collectivité.

Les diverses méthodes spéciales préconisées par

certain auteurs : auto-sérothérapie, administration de certains mélanges médicamenteux, etc..., ne sont pas des méthodes de traitement proprement dites, des méthodes spécifiques. Ce sont des méthodes auxiliaires qui ont surtout pour effet d'atténuer les manifestations parfois très graves que produit le sevrage chez le patient. Mais la disparition de ces manifestations ne signifie nullement que le malade soit guéri : la guérison définitive d'un toxicomane exige le plus souvent, on le sait, un temps fort long. Les méthodes dont nous venons de parler aident donc à la cure de sevrage, mais elles ne la remplacent pas.

Donc une seule méthode : le sevrage. Et pour que cette méthode soit réellement efficace, l'expérience démontre qu'elle doit être appliquée dans un hôpital. Il a été constaté, en effet, que les méthodes qu'on peut appeler ambulantes : consultations, dispensaires, etc..., ne répondent pas entièrement à leur but, étant donné que le malade doit être soumis à une surveillance constante et à une discipline sévère, de façon, principalement, qu'il ne lui soit pas possible de se procurer sa drogue.

Une méthode rapide et efficace pour le traitement de la morphinomanie et de l'héroïnomanie a été récemment mise au point par le Dr R. Dupouy, médecin de l'hôpital Henri-Rousselle, et M. Delaville, directeur du laboratoire de chimie biologique de l'hôpital Henri-Rousselle.

Partant d'un fait certain, à savoir que la morphine est un poison lipo-soluble, et admettant que les poi-

sons lipo-solubles se fixent électivement sur la cellule nerveuse (d'où dérivent l'accoutumance et l'état de besoin) ils imaginèrent que, si la morphine prenait par sa fixation cellulaire la place de la choline, elle pourrait à son tour être déplacée par une substance plus élective encore qu'elle, mais non toxique.

C'est ainsi qu'ils s'arrêtèrent à la formule d'une huile d'olives ricinée et lécithinée, à laquelle de l'insuline fut incorporée pour lutter contre la dépression, l'asthénie et l'anorexie. « Chez les petits intoxiqués, dit le Dr R. Dupouy, quatre ampoules de 5 centimètres cubes par jour nous paraissent suffisantes ; chez les moyens et les grands, il faut aller jusqu'à cinq ou six. La durée de la cure est elle-même de trois à cinq jours, exceptionnellement six. Le stupéfiant est supprimé totalement d'emblée ». De 75 observations prises à l'hôpital Henri-Rousselle, il résulte que la plupart des malades sont désintoxiqués en cinq jours et quittent le service, la semaine écoulée, en état de reprendre leur occupation, ayant même gagné du poids au cours de leur septénaire de cure.

Après le sevrage, la tâche du médecin n'est pas achevée : la récidive est fatale, si la cause même de la toxicomanie n'est pas soignée. Le toxicomane est, par définition, un prédisposé : c'est un hyperémotif, un inquiet, un anxieux, un irritable facilement déprimé et manquant de ressort. La désintoxication achevée, le sujet nous apparaît tel qu'il est constitutionnellement, « démasqué » de son stupéfiant, et c'est toujours un malade, un névropathe dont il faut

dra soigner l'état moral. L'individu qui sort d'une maison de santé se trouve, de plus, dans un état psychologique tout particulier, tel que son brusque retour à la vie normale peut provoquer facilement une récidive. C'est donc cette transition entre le régime hospitalier et la vie normale que ces cures « post-sanatoriales » doivent faciliter, et l'on ne saurait trop insister sur leur utilité et leur nécessité.

Certaines institutions ont pour but d'assurer en quelque sorte la réhabilitation morale et sociale des toxicomanes guéris. A cet effet, l'Association de Batavia contre l'usage de l'opium, a ouvert, à Meester-Cornelis, un asile de transition où l'on aide les opiomanes pendant la première période qui suit leur guérison, en les employant aux occupations domestiques ordinaires, aux travaux de menuiserie, au tressage du rotin, etc... Grâce à l'initiative privée de certains Chinois, des asiles de transition ont été ouverts en deux autres endroits où l'on a employé les malades à des travaux d'agriculture et de jardinage, avec des résultats satisfaisants. En Corée, les Japonais ont établi un certain nombre de maisons de convalescence où l'on enseigne des métiers aux toxicomanes.

Ce traitement « post-sanatorial » est applicable également après la suppression brusque du toxique, aux autres toxicomanies et à la cocaïnomanie principalement, où l'on fera œuvre double : en traitant le malade qui est le plus souvent un sujet jeune, on prévient l'intoxication collective et on limite le danger. C'est à ce titre que le sevrage doit exercer son rôle dans la prévention de la toxicomanie.

CHAPITRE V

Si, en matière d'éducation prophylactique, on n'a pu recueillir encore des résultats tangibles, et cela est surtout fonction du chemin à parcourir, on a pu constater, depuis la Convention de Genève de 1931, de nombreux et louables efforts en matière de prophylaxie sociale. Non seulement, chaque année, parviennent à Genève les rapports indiquant les besoins de chaque pays en drogues nuisibles, non seulement, par une nouvelle méthode, une évaluation effective peut se faire de la consommation totale des opiacés, notamment, en nombre de doses moyennes par tête d'habitant (au lieu de l'exprimer en milligrammes d'opium brut), mais encore, dans chaque pays, les jurisprudences concernant les stupéfiants sont venues seconder l'action efficace de la Commission de l'opium. L'année 1931 a vu se lever de nobles espoirs, traduits par des actes, qu'il est intéressant de suivre par pays et dans l'ordre chronologique.

ALLEMAGNE.

Décret du 20 janvier 1931, concernant la perception d'un droit sur les stupéfiants.

Décret du 24 mars 1931, modifiant le décret du

19 décembre 1930, portant règlement sur la prescription des médicaments contenant des stupéfiants et leur délivrance dans les pharmacies.

Deuxième décret du 24 mars 1931, soumettant l'acédicone et ses sels aux dispositions de la loi sur l'opium.

1^{er} avril 1931 : entrée en vigueur du décret du 19 décembre 1930.

Décret du 21 septembre 1931, concernant la suppression du bon de livraison obligatoire pour certains stupéfiants.

A dater du 1^{er} juillet 1932, l'aminoxyde de morphine (N-oxymorphine, génomorphine) tombe sous le coup des dispositions de la loi sur l'opium.

Décret du 20 mai 1933, relatif à la prescription des médicaments contenant des stupéfiants et à leur délivrance dans les pharmacies.

Loi du 22 mai 1933, modifiant la loi sur l'opium.

(Prusse) Circulaire du 5 mai 1933 sur la prescription régulière des stupéfiants.

Ordonnance du 5 août 1933, soumettant la benzylmorphine (péronine) et ses sels aux dispositions de la loi sur l'opium.

Loi du 9 janvier 1934, modifiant une seconde fois la loi sur l'opium.

Ordonnance du 24 janvier 1934, relative à la mise en vigueur de la dite loi.

Ordonnance du 24 janvier 1934, modifiant l'ordonnance relative à l'autorisation de faire le commerce des stupéfiants.

Ordonnance du 24 janvier 1934, relative au commerce de la codéine et de l'éthyl-morphine.

CANADA.

En mai 1932 des amendements ont été ajoutés à la loi concernant l'opium et les stupéfiants, afin de permettre au gouvernement canadien de remplir les obligations qui lui incombent en vertu de la Convention de 1931. Ces amendements sont entrés en vigueur le 9 juillet 1933.

CHINE.

Règlement du 31 juillet 1931, suivant lequel 70 ou 80 % des amendes perçues par les tribunaux sur les toxicomanies est versée, à titre de récompense, aux personnes qui ont participé à la découverte et à la poursuite des toxicomanes.

Novembre 1931. Règlement relatif au contrôle du commerce international des stupéfiants ; il est assuré par le ministère de l'Intérieur. Le « Yuan exécutif » est l'organe national de contrôle des stupéfiants.

La fabrication des stupéfiants est interdite. La culture du pavot également.

Ainsi que l'importation, la fabrication et l'usage de l'opium préparé, en exécution de la loi de suppression de l'opium (14 février 1930).

Règlement du 1^{er} décembre 1932 : prévoit l'application des dispositions relatives à l'interdiction de la production de l'opium : inspection à la saison des

semailles et à la saison de récolte. Distribution de brochures de propagande et conférences en vue de souligner l'importance que présente l'application des mesures d'interdiction.

EGYPTE.

Arrêté du 2 novembre 1931, portant modification au tableau des substances stupéfiantes.

Arrêté du 21 avril 1932, comportant une liste de substances nuisibles contenues dans certaines spécialités, et interdisant la délivrance de ces spécialités, sauf sur présentation d'une ordonnance.

Arrêté du 2 juin 1932, en vertu duquel certaines préparations sont rayées de la liste des substances stupéfiantes, comme suite à la décision du Comité d'Hygiène de la S. D. N., conformément à l'article 8 de la Convention concernant l'opium.

Arrêté du 8 mars 1934, portant modification de la liste des substances stupéfiantes.

ESPAGNE.

Ordonnance du 4 septembre 1931, portant création d'un conseil technique national chargé de l'organisation et de la surveillance du commerce des stupéfiants et désignation des membres de ce Conseil.

Décret du 3 août 1932, interdisant l'importation et la fabrication, sur le territoire espagnol, dans les colonies et possessions de l'Afrique du Nord, de la

diacétyl-morphine (diamorphine, héroïne), et de son chlorhydrate.

Arrêté du 10 août 1933, relatif à l'interdiction d'exécuter des ordonnances de diacétyl-morphine et de son chlorhydrate.

Circulaire du 10 août 1933, relative à l'envoi des relevés mensuels sur le mouvement et les stocks de stupéfiants.

Décret du 2 septembre 1933, rendant applicables à divers produits les dispositions en vigueur sur le contrôle, l'importation et le commerce des stupéfiants.

ÉTATS-UNIS D'AMÉRIQUE.

Loi fédérale du 18 février 1931, prescrivant l'expulsion des étrangers (sauf les toxicomanes qui ne sont pas des commerçants ou des colporteurs vendant de l'opium, des feuilles de coca, de l'héroïne ou des sels, des dérivés ou des préparations d'opium ou de feuilles de coca) qui, après la date de promulgation de cette loi, auront été reconnus coupables d'une infraction à une loi fédérale sur les stupéfiants.

Loi fédérale du 4 mars 1931, ouvre un nouveau crédit de 1.500.000 dollars, pour la construction de la Narcotic Farm de Lexington (Kentucky).

« Treasury Decision N° 5 », règlement édicté le 1^{er} mai 1931, pour réprimer l'abus des stupéfiants.

« Treasury Decision N° 6 », édicté le 8 août 1931, concernant les relevés au sujet des feuilles de coca.

Un acte du Congrès du 2 février 1932 ouvre un crédit de 164.780 dollars pour l'acquisition près de Fort Worth (Texas) d'un terrain destiné à la création d'un deuxième établissement pour le traitement des toxicomanes.

Décision du 3 août 1932, relatif au pantopon.

FRANCE

Décret du 17 janvier 1931 relatif au commerce de la codéine et de ses sels, de la codéine brute et de ses sels bruts, de l'éthyl-morphine, et d'une manière générale des éthers-oxydes de la morphine et de leurs sels, de tous résidus provenant du traitement de l'opium en vue de l'extraction de la morphine

Arrêté du 7 juillet 1931, portant sur le commerce des substances vénéneuses.

Arrêté du 9 octobre 1931, décidant l'insertion au Codex de l'arrêté du 7 juillet 1931 sus-visé.

Décret du 12 janvier 1932, rendant applicable à l'Algérie le décret du 20 mars 1930, relatif aux substances inscrites au tableau B, dans lequel pour éviter toute erreur d'interprétation, le mot « hachisch » est remplacé par « chanvre indien, résine de chanvre indien, préparation à base de chanvre indien, extrait ou teinture de chanvre indien ».

Circulaire du 25 mars 1932, relative à l'étiquetage des substances vénéneuses.

Décrets du 30 avril 1932, réglementant le commerce des substances vénéneuses en Nouvelle-Calé-

donie, en Afrique équatoriale française, et dans les Etablissements français de l'Océanie.

Décret du 25 août 1932, pour l'Afrique Occidentale française.

Décret du 25 mai 1932, pour le Cameroun, le Togo, la Guadeloupe, la Martinique et la Côte française des Somalis.

Décret du 1^{er} octobre 1932, pour la Réunion, la Guyane et les Iles Saint-Pierre et Miquelon.

Circulaire du 3 décembre 1932, concernant l'application du décret du 20 mars 1930 relatif aux autorisations de fabriquer et de faire le commerce des produits stupéfiants.

Arrêté du 15 septembre 1933, concernant la limitation de la fabrication et la distribution des produits stupéfiants.

Arrêté du 21 novembre 1933, relatif à la répression du trafic illicite des stupéfiants.

Décret du 3 février 1934, relatif à la limitation de la fabrication et de la distribution des produits stupéfiants.

INDOCHINE

Décret du 8 novembre 1934, modifiant celui du 12 septembre 1929 sur les visites domiciliaires dans les locaux où se trafique l'opium frauduleux.

GRÈCE.

Acte Y 766, du 22 août 1931, soumettant l'acédicone aux dispositions sur les narcotiques.

Loi N° 5539 du 15 juin 1932, sur le monopole des stupéfiants, et leur contrôle par une commission consultative chargée de suivre l'ensemble du problème des stupéfiants en Grèce, et de proposer, chaque fois que la nécessité s'en présentera, les mesures à prendre en cette matière.

INDE.

La loi N° 2 de 1930 sur les drogues nuisibles est entrée en vigueur le 1^{er} février 1931.

Notification du Gouvernement de l'Inde, N° 2, en date du 10 janvier 1931. Ont été déclarées drogues manufacturées, pour donner suite aux recommandations du Comité d'Hygiène de la S. D. N. : l'eucodal et le dicodide, leurs sels et préparations ; la dilaudide, la benzoylmorphine et autres esters de la morphine, ainsi que leurs sels et préparations ; l'acédicone.

Notification N° 4 en date du 27 août 1932, ajoutant à la précédente toutes les autres drogues nuisibles, énumérées déjà au chapitre 1.

Le règlement intitulé « Dangerous Drugs (Import, Export and Transhipment) Rules », 1933 a été mis en vigueur après l'expiration de l'année 1932.

ITALIE.

Décret du 14 juillet 1931, portant inscription de l'acédicone dans la liste des substances toxiques à action stupéfiante.

Circulaire du 26 janvier 1933, relative au transit des stupéfiants.

JAPON.

Arrêté N° 210, du 10 septembre 1931, qualifiant de stupéfiants : la codéine, la thébaïne et la dihydrocodéine, ainsi que leurs sels.

Arrêté N° 212, du 10 septembre 1931 : la fabrication de la codéine et de l'éthylmorphine ainsi que de leurs sels, est subordonnée à l'autorisation de l'Etat.

Ordonnance Impériale N° 38, du 1^{er} avril 1931, instituant une commission pour le contrôle des substances stupéfiantes ; et l'étude des questions s'y rattachant, au Japon proprement dit, en Chine, à Formose et dans le territoire du Kouan-Toung.

PAYS-BAS.

Arrêté du 14 décembre 1931, complétant l'arrêté du 18 décembre 1930, relatif à l'acédicone.

Arrêté du 26 février 1932, portant désignation de stupéfiants aux effets de la loi sur l'opium : N. oxymorphine (génomorphine) ; les dérivés de la N. oxymorphine et tous les autres dérivés de la morphine à azote pentavalent ayant les caractères de la morphine, leurs sels respectifs et toutes préparations des dites substances.

Arrêté du 12 juillet 1932, portant application de la loi de 1928 sur l'opium.

Liste au 5 août 1932 des établissements titulaires d'une autorisation plus ou moins étendue aux termes des dispositions en vigueur sur la fabrication, l'importation, la détention, la vente, etc... des stupéfiants.

Arrêtés du 8 décembre 1933, relatifs à l'importation, l'exportation et la délivrance des stupéfiants.

Arrêté du 8 décembre 1933, portant retrait des licences pour le commerce, etc.. de l'opium.

Arrêté complétant celui du 8 décembre 1933 sur l'importation, etc... des stupéfiants.

PERSE

Loi amendant la loi sur le monopole d'Etat de l'opium (août 1932) prévoyant des pénalités pour les infractions à la loi sur le monopole de l'opium en ce qui concerne la culture du pavot sans déclaration, la contrebande de l'opium, le fait de ne pas apporter le suc d'opium au dépôt de l'Etat, ainsi que la création de fumeries d'opium.

ROYAUME-UNI.

(Grande-Bretagne, Irlande du Nord, Ile de Man,
et Iles Anglo-Normandes).

Loi de 1932 sur les drogues nuisibles, (Dangerous Drugs Act). Cette mesure a pour objet d'apporter aux lois de 1920 à 1925, sur les drogues nuisibles, les amendements nécessaires pour les mettre en harmonie

avec les dispositions de la Convention de Genève de 1931. La loi entre en vigueur le 9 juillet 1933.

Loi de 1932 sur l'extradition (Extradiction Act). Cette mesure permet de comprendre dans la liste des délits donnant lieu à extradition, les délits commis en matière de drogues nuisibles ainsi que les tentatives de commettre de tels délits.

Le règlement de 1928 intitulé « Dangerous Drugs (Consolidation) Regulations », a été modifié le 11 novembre 1932 par un amendement à la liste des préparations ne tombant pas sous le coup des dispositions du Règlement. Le 10 juin 1932 a été rendu un ordre en Conseil, appliquant les lois sur les drogues nuisibles à l'acétyl-dihydrocodéine, à ses sels, et à tous mélange, préparation, extrait ou autre substance contenant une proportion quelconque d'acétyl-dihydrocodéine.

TURQUIE.

Loi N° 2253, du 8 juin 1933, sur le monopole des stupéfiants.

Loi N° 2513, du 12 juin 1933, sur le contrôle des substances stupéfiantes.

Nous nous excusons de ne pouvoir donner les textes de ces nombreuses jurisprudences, qui témoignent du réel effort partagé par les pays les plus intéressés à la lutte contre les stupéfiants, ainsi que par tous ceux qui ont témoigné de l'intérêt à la solu-

tion du problème — qui est d'ordre international —, non seulement en adhérant à la Convention de Genève de 1931, mais encore en suivant le mouvement imprimé par les premiers. Il nous faut citer la Belgique, le Danemark, la Norvège, la Pologne, la Roumanie, la Suède, la Suisse, l'U. R. S. S., la Yougoslavie, où de jour en jour un contrôle plus sévère s'établit en ce qui concerne le commerce des stupéfiants. D'ailleurs, tous collaborent à la lutte en adressant à Genève des rapports annuels concernant la situation des stupéfiants sur leur territoire. Toutefois, quelques considérations d'ordre général peuvent en être tirées.

La Turquie a pris une part prépondérante en instituant un contrôle très rigoureux sur le commerce des drogues narcotiques, et en procédant d'ailleurs à la fermeture des trois grandes fabriques qui se chargeaient de satisfaire, dans la plus large mesure, aux commandes illicites mondiales.

L'Allemagne, qui comptait avant l'entrée en vigueur de l'ordonnance du 19 décembre 1930 une proportion de toxicomanes de 1 pour 10.000, a vu, depuis, cette proportion s'abaisser. Voici un aperçu très éloquent de la consommation des stupéfiants en Allemagne, avant et après la mise en vigueur de l'ordonnance du 19 décembre 1930.

	Année 1930 en kgr.	Année 1931 en kgr.	Année 1932 (1 ^{er} trimestre) en kgr.
Morphine(1-2).	1.160	920	188
Opium	861	589	90
Extr. d'opium.	106= 212	99= 198	17= 34
Teint. d'opium.	15.278=1.527	10.633=1.063	1.610=161
	2.600 kgr. op.	1.850 kgr. op.	285 kgr. op.
Héroïne	38	13	1
Cocaïne	42	188	20

La Grèce, l'Espagne, la Chine, le Japon ont créé des organismes chargés de la surveillance du commerce des stupéfiants. Leur portée est analogue à celle du Contrôle général des Recherches judiciaires de France, et à celle du Bureau central d'informations des Narcotiques d'Égypte, sur l'importance de laquelle nous aurons à insister.

En Algérie, la mise en vigueur du décret du 12 janvier 1932 a fortement réduit la consommation, et presque totalement supprimé la culture du chanvre indien. Les saisies de hachisch opérées aux frontières n'ont été que de 660 gr. en 1931 ; en 1932 et 1933, elles étaient presque insignifiantes.

Une nouvelle réglementation vient d'être édictée en Syrie et va immédiatement entrer en vigueur, en vue de faciliter la recherche et la suppression des stocks subsistants et de la culture du haschich ; elle autorise notamment des perquisitions sur simple

1. Calculée en morphine base.

2. Les quantités de morphine comprennent celles du Pantopon, du Laudanon, de la Narcophine.

soupçon de détention. Tous les postes frontières ont, d'autre part, reçu des instructions, pour redoubler la surveillance. On pourra espérer ainsi que le hachisch ne pénétrera plus en Egypte, épargnant ainsi les dépenses énormes effectuées par l'Egypte pour empêcher son introduction.

Au Canada, grâce à la coopération du Service de l'Accise, le contrôle de l'élixir parégorique a été établi du point de vue de sa teneur en alcool ; ce Service a décidé qu'aucun droguiste détaillant ne pourrait recevoir plus de 80 onces de parégorique par mois à partir du 1^{er} mars 1933, cette quantité ne pouvant être dépassée que dans des circonstances exceptionnelles qui feraient l'objet d'une enquête avant que l'autorisation puisse être donnée.

L'effet de ces mesures a été immédiat : alors que les quantités d'élixir parégorique vendues par les grossistes aux droguistes détaillants en 1932, représentaient au total 8.727 gallons, le chiffre n'était plus que de 5.044 gallons à la fin de 1933, bien que les mesures de restriction n'eussent été appliquées que pendant dix mois. De même, les quantités vendues par les grossistes au Canada sont tombées de 838 gallons en janvier 1933 à 318 gallons en décembre de la même année.

Les chiffres qui suivent font également ressortir d'une manière frappante la diminution des quantités vendues aux droguistes détaillants dans diverses villes du Canada.

		1933	
		janvier	décembre
Montréal	gallons	311	125
Toronto	—	244	60
Winnipeg	—	26	7
Vancouver	—	49	20

Nul ne s'est plaint d'une pénurie de parégorique pour les besoins légitimes dans une partie quelconque du Canada, et on est en droit de supposer que la différence entre les deux totaux représente la quantité de parégorique qui était vendue pour d'autres fins.

Les Pays-Bas, en dressant au 5 août 1932 une liste des établissements titulaires d'une autorisation pour la fabrication, l'importation, la détention, la vente des stupéfiants, ont donné là un exemple qui devrait être suivi par la majorité des pays : il y aurait le plus grand intérêt à ce que, dans chaque pays, ces établissements soient connus, et portés, d'autre part, à la connaissance de l'opinion mondiale.

Un moyen prophylactique qui nous a semblé avoir une grande valeur est celui qui a été adopté par le Royaume-Uni. Dès la frontière maritime, les douaniers présentent à ceux qui entrent dans le pays une liste où sont inscrites toutes les drogues dont la déclaration est obligatoire même en infime quantité (1). En cas de fraude, ou de tentative de fraude,

1. Doivent être déclarées : toutes préparations figurant ou non dans une pharmacopée et contenant : de la diacétyl-morphine ou de ses sels, une benzoyl-morphine ou autres éthers-sels de la morphine ou leurs sels, de la dihydromorphine, de l'hydrocodéi-

une répression très sévère s'ensuit : c'est le plus souvent l'extradition immédiate, s'il s'agit plus particulièrement de trafic illicite, auquel cas d'ailleurs le passage et le signalement des personnes soupçonnées de s'y livrer, sont connus. A noter d'ailleurs qu'indépendamment d'un délit ou d'une tentative de délit, ces personnes sont surveillées durant leur séjour sur le territoire anglais.

Le Bureau Central d'Informations des Narcotiques d'Egypte, créé sous l'impulsion de S. E. Russell Lewa, nous paraît être un admirable instrument de lutte. Il ne se contente pas de pourchasser les trafiquants, et d'appliquer la loi à l'intérieur, de l'Egypte : il fournit des rapports annuels très détaillés sur la situation des stupéfiants en Egypte, qui, par sa situation, est le carrefour du Proche-Orient ; des renseignements minutieux y sont fournis sur la provenance des drogues, les quantités saisies, les statistiques concernant les toxicomanes, les sanctions appliquées. Ces rapports, en soulignant le danger social des toxicomanies, font une œuvre de prophylaxie inégalée.

Son action se fait conjointement avec une Administration très active des Garde-côtes et des Frontières, qui exerce aussi bien sur le littoral de la Méditerranée, la mer Rouge, et les rivages du Canal de Suez, que dans les déserts, une surveillance sans repos.

none ou de la dihydrooxycodéinone ou leurs sels, quelle que soit la proportion ;

de la cocaïne en proportion dépassant un millième ;

de la morphine en proportion dépassant deux millièmes.

Des soldats armés sont de faction, la nuit, tout le long du littoral, à l'effet d'empêcher la contrebande des stupéfiants. A l'intérieur même du pays, plus particulièrement dans le désert, il se fait une surveillance attentive de jour et de nuit des frontières : celles-ci sont divisées en 3 zones, dans lesquelles il est impossible de pénétrer sans une autorisation de l'Administration des Frontières. Elles sont parcourues par des méharistes soudanais, hommes de toute confiance, qui ne se laissent pas soudoyer par les contrebandiers, et sont, de ce fait, les agents les plus actifs du Bureau des Narcotiques. Enfin, l'Egypte mettant le progrès au service de la lutte contre les stupéfiants a équipé une vingtaine d'avions, dont la tâche est de sillonner les déserts et les eaux territoriales.

Cette lutte efficace de tous les jours a fait ses preuves. Non seulement des quantités importantes de drogues ont été saisies, dont la destination n'était pas douteuse, mais encore, concomitamment, il s'est fait, en Egypte, une réduction sensible du nombre de toxicomanes.

Les quantités d'opium brut saisies en Egypte depuis 1929 sont pour :

	<u>Kgr.</u>	<u>Gr.</u>	<u>Cgr.</u>
1929.....	873	948	82,1
1930.....	590	998	16,4
1931.....	468	973	29
1932.....	595	168	91
1933.....	276		

D'importantes quantités doivent, dans ces chiffres,

être attribuées aux perquisitions effectuées à bord de bateaux qui transportaient l'opium à destination des ports européens.

6.177 kgr. de hachisch ont été saisis en 1931, contre 5.203 kgr. en 1932, et 1.302 kgr. en 1933. 67 kgr. d'héroïne ont été saisis en 1931, contre 27 kgr. en 1932. Quant à la cocaïne, 2 kgr. en 1931, et 0,135 gr. en 1932.

Prenant comme indice le nombre de toxicomanes parmi les 5.700 personnes condamnées, S. E. Russel Lewa en compte au 1^{er} octobre 1932, 1.300 ; alors qu'à la période correspondante de l'année précédente, sur un total de 7.200, le nombre de toxicomanes était de 2.800, c'est-à-dire une diminution de 1.500 en une année. La différence est ici très frappante comparativement aux quatre années précédentes, où l'on voit jusqu'à 5.600 toxicomanes sur un total de 7.200 prisonniers.

En ce qui concerne le Code pénal, et son application, c'est tout le problème de la responsabilité du toxicomane qui se pose. La solution de ce problème dépend plutôt de l'analyse de chaque cas particulier, de l'état mental de base, de l'importance de l'appoint toxique, et des chances de curabilité. Aussi trouvera-t-on excessif cet article du Code pénal mexicain qui prévoit qu'à sa sortie de l'établissement spécial où il aura été traité, le toxicomane tombera sous le coup des mesures correctionnelles ou disciplinaires prévues par les règlements.

Certes, l'action du Code pénal est indéniable dans

les cas où on ne peut médicalement relever cette prédisposition que l'on trouve chez la plupart des toxicomanes. Elle empêche la récidive dans de notables proportions quand le Code pénal est bien appliqué.

Sur 500 prisonniers adonnés, condamnés pour possession de la drogue, en Egypte, 215 n'avaient aucune condamnation précédente (soit 43 %) ; 185 avaient eu une condamnation (soit 37 %) ; 64 avaient eu 2 condamnations (soit 12,80 %) ; 22 avaient eu 3 condamnations (soit 4,40 %) ; 7 avaient eu 4 condamnations (soit 1,40 %) ; 4 avaient eu 5 condamnations (soit 0,80 %) ; 1 avait eu 6 condamnations (soit 0,20 %) ; 1 avait eu 7 condamnations (soit 0,20 %) et 1 avait eu 8 condamnations (soit 0,20 %).

Pour les toxicomanes qui auront été reconnus comme ayant à la base de leur toxicomanie une tare mentale, une mesure d'ordre préventif peut s'imposer : l'internement d'une durée qui sera celle imposée par les nécessités de la cure.

Legrain a pu, à propos des toxicomanes criminels, souhaiter que les pouvoirs publics organisent des services spécialisés pour la cure des intoxiqués par voie d'internement, et qu'une législation spéciale dispose que les intoxiqués pourront être retenus dans ces services par l'autorité judiciaire autant qu'il sera jugé nécessaire pour leur guérison.

L'idée de la création de maisons de santé spécialisées placées sous le contrôle de l'Etat pour la surveillance des toxicomanes (Narcotic habit under Control) a été étudiée aux Etats-Unis.

Un acte du Congrès approuvé le 14 janvier 1929 a autorisé la création de deux établissements (Narcotic Farms) pour l'internement et le traitement des toxicomanes ayant commis des infractions aux lois des Etats-Unis, et de ceux qui se soumettent volontairement au traitement. Le service d'Hygiène publique a été chargé en tant qu'organisme fédéral de l'administration, des établissements pour toxicomanes, établissements qui auront pour objet de réhabiliter et de rendre à la santé les personnes qui y seront détenues ou admises, et, lorsqu'il y aura lieu, de leur apprendre à subvenir à leurs besoins et à pouvoir compter sur elles-mêmes. La construction et l'installation du premier établissement à cet effet, la « Narcotic Farm » de Lexington, Kentucky, seront achevés le 1^{er} mars 1935 ; il y sera procédé à une classification des toxicomanes selon leur type affectif ; ils y trouveront des occupations et des divertissements. En même temps, des études spéciales sont poursuivies parmi les toxicomanes internés dans les prisons fédérales. Ceux-ci ont été isolés dans une seule institution, où l'on a établi un centre de recherches.

C'est là une indication, une question dont l'étude peut être envisagée sous divers angles. L'ingérence de l'Etat dans le domaine du corps médical est-elle justifiée par le péril toxique, n'aura-t-elle pas trop de tendance à se généraliser, et ne soulèvera-t-elle pas trop de « tollé » de la part des médecins ? Déjà, comme nous l'avons vu, une gêne manifeste est née

dans la prescription des calmants par suite de la sévérité du contrôle de l'Etat. Il serait souhaitable et juste que, de part et d'autre, l'on fît des concessions ; que ce contrôle soit strict, mais en aucun cas abusif ; que le médecin puisse user en toute liberté de conscience des substances qui doivent procurer le soulagement de ses malades, substances qu'il ne manie d'ailleurs qu'en quantité infime et avec la plus grande prudence. Ceci étant précisé, il n'y a aucun doute que le corps médical ne verra aucun inconvénient, à condition toutefois que cette intervention soit justifiée par la réalité et la gravité du danger, à ce que l'Etat trouve dans sa collaboration un appui certain dans la lutte contre les stupéfiants.

Ces quelques considérations nous amènent à souligner l'importance d'une collaboration active, le Corps médical luttant dans son domaine, et l'Etat dans le sien, collaboration qui arrivera à restreindre dans de notables proportions le péril toxique, et qui contribuera à donner à la prophylaxie des toxicomanies son véritable aspect médico-social.

CONCLUSIONS

Jamais, dans l'Histoire, le problème des stupéfiants et des toxicomanies, ne s'est posé avec cette acuité, ni sur le plan international.

Il y a là un péril certain, démontré par le nombre considérable de toxicomanes, la diversité des toxicomanies, et les quantités importantes de drogues saisies.

Les peuples se sont unis pour y remédier : certains ont mis en pratique de bonnes idées. Il faut dans leur application de la méthode, de la prudence, du doigté.

La solution du problème est différente selon la nécessité réelle, la nature même de la toxicomanie, à laquelle s'ajoute le complexe du toxicomane : une différenciation indispensable est à faire.

L'éducation prophylactique est la seule mesure qui puisse s'appliquer à tous ces cas, à condition qu'elle soit dosée, et confiée aux milieux universitaires et médicaux. Elle sera aidée par une propagande bien organisée.

Le sevrage, bien pratiqué, selon les procédés de traitement les plus récents, doit mettre en relief le

rôle particulier du médecin dans la prévention collective, en restreignant le prosélytisme de la toxicomanie.

A ces mesures, il est indispensable d'adjoindre les grands moyens prophylactiques sociaux : les Conventions Internationales, les Jurisprudences, la protection de la collectivité par un Code pénal qui devra s'appliquer plus au trafiquant qu'au toxicomane, à l'égard duquel ne peut guère s'imposer que l'isolement surveillé, jusqu'à guérison complète et de la toxicomanie et de sa cause.

Mesures prophylactiques médicales, mesures préventives sociales : tel est le terrain sur lequel il faudrait dorénavant porter et résoudre le grave problème du péril toxique.

Vu : le Président de la thèse,
L. TANON.

Vu : le Doyen,
ROUSSY.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

Documents officiels obligeamment confiés par le Bureau de la
S. D. N. à Paris.

N° Officiel C. 575, M. 282, 1932, XI ;
C. 495, M. 250, 1933, XI ;
C. 236, M. 126, 1933, XI ;
C. 312, M. 139, 1934, XI ;
C. 256, M. 105, 1934, XI ;
C. 390, M. 176, 1934, XI ;
A. 51, 1934, XI.

Bulletin trimestriel de l'Organisation d'hygiène (S. D. N.), vol. III,
N° 1, mars 1934).

Gouvernement Egyptien. Bureau Central d'Informations des
Narcotiques. Rapports annuels 1932-1933.

Office International d'hygiène publique, années 1931-1932-1933-
1934.

Annuaire Sanitaire International, 1932.

Pohlisch (Kurt). — L'extension de l'abus chronique de l'opium
et de ses dérivés en Allemagne. Berlin, S. Karger, 1931.

Kouretas (D.) et Scouras (Ph.). — Les toxicomanies en Grèce (Le
Progrès médical, N° 29, 16 juillet 1932).

Blumenfeld (Thérèse). — Action des intoxications chroniques sur
les fonctions de reproduction et sur la descendance.
Thèse de Paris, 1934.

Brunot (H.). — Contribution à la lutte contre les stupéfiants.
Thèse de Paris, 1933.

Legrain. — La criminalité des toxicomanes (L'Encéphale, XVIII, année 1923).

Bulletin d'Information de l'Association de Défense Internationale contre les stupéfiants, septembre 1930.

Sainton. — Un cas de dilaudidomanie (Concours médical, 1934).

Dupouy (R.). — Le traitement des toxicomanes (Hygiène Sociale, 25 juin 1934).

